

PATOMORFOLOGICKÉ ASPEKTY U POMALY SA REZORBUJÚCEJ PNEUMÓNIE

D. SKOKŇA, M. KORHOŇ

Vojenský ústav pre choroby pľúcne, Nová Polianka

(náčelník: plk. MUDr. D. Skokňa, CSc.)

I. chirurgická klinika PU, Olomouc

(prednosta: prof. MUDr. Z. Šerý, DrSc.)

Patologickoanatomický ústav PU, Olomouc

(prednosta: doc. MUDr. V. Valach)

Tab. 2

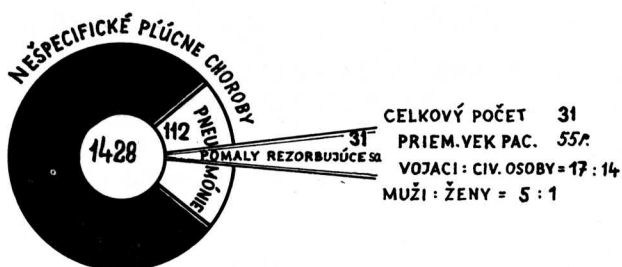
Osud každého pneumonického ložiska je závislý od včasnej a bezzbytkovej resorpcie. Pri perzistujúcej intraalveolárnej a interštiálnej exsudácii a nedostatku reparabilných síl organizmu prechádza pneumonický proces do chronického štádia. Toto ochorenie postihuje ľudí s vrodeným alebo získaným oslabením organizmu (6). Zo získaných faktorov, ktoré podmieňujú chronifikáciu pľúcneho zápalového procesu (5), treba vymenovať aspoň najdôležitejšie:

1. alergická, automimunizácia, autoagresia, imunoalterácia,
2. perzistencia mikróbov a rezistencia organizmu na infekciu,
3. superinfekcia,
4. aktivácia endogénneho mikrobiálneho ochorenia,
5. nešpecifické stresy,
6. fyziologický stav chorého a jeho vnímavosť k infekcii.

Pri zpomalennej resorpcii môže dôjsť k ireverzibilným zmenám, k postupnej fibrinovej organizácii až karnifikácii pľúcneho parenchýmu.

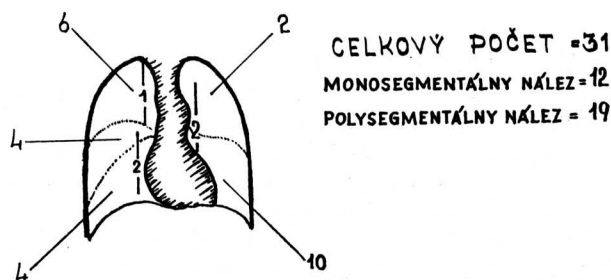
Sledovali sme pneumónie s protrahovanou resorpciou v našom ústave za posledné 3 roky (tab. 1).

Tab. 1



Pneumónie s protrahovanou resorpciou vo VÚCHP Nová Polianka za roky 1970-1972

Z celkového počtu 1428 nešpec. pacientov bolo liečených s diagnózou pneumónia a bronchopneumónia 112 pacientov. Z tohoto počtu sme klinicky zistili u 31 pacientov zpomalenú resorpciu pneumonických ložisiek. Do tejto skupiny sme ráтали pacientov, u ktorých resorpcia infiltratívnych zmien trvala dlhšie ako 6 týždňov. V našej zostave prevažovali muži v pomere 5:1. Priemerný vek bol 55 rokov. Prevažovali vojaci 17:14. Podľa lokalizácie, ako je i vidno z tabuľky, sa pneumonické ložisko vyskytovalo v našej zostave najčastejšie



Lokalizácia pneumonického nálezu

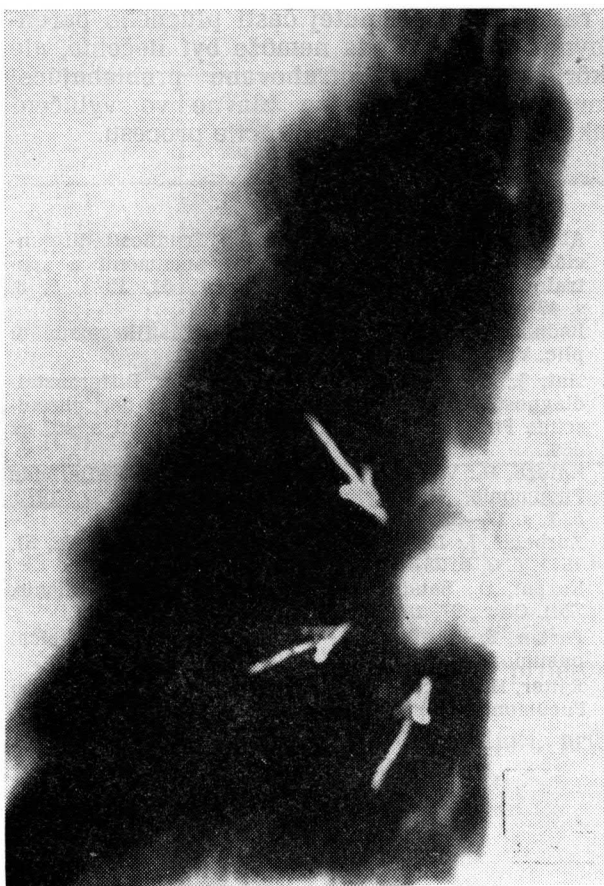
v ľavom dolnom laloku (tab. 2). Monosegmentálny rozsah nálezu bol u 12 pacientov, polysegmentálny u 19 pacientov.

Rtg obraz chronického pneumonického ložiska bol veľmi pestrý, charakterizovaný širokou paletou rôznych foriem: miliárne uzlíky (2×), hruboškvrnité uzly (4×), guľaté ložiská (5×), plošné infiltráty (5×) a nálezy zmiešaného typu (15×). Ohraničené zatienenie bolo výrazné len u 7 pacientov (rtg 1). U ostatných chorých bola forma zatienenia nepravidelná, kontúry ohraničenia prevažne rozmazané a konzistencia infiltrácie nehomogenná (rtg 2). Rozpadovú dutinu sme našli u 2 pacientov.

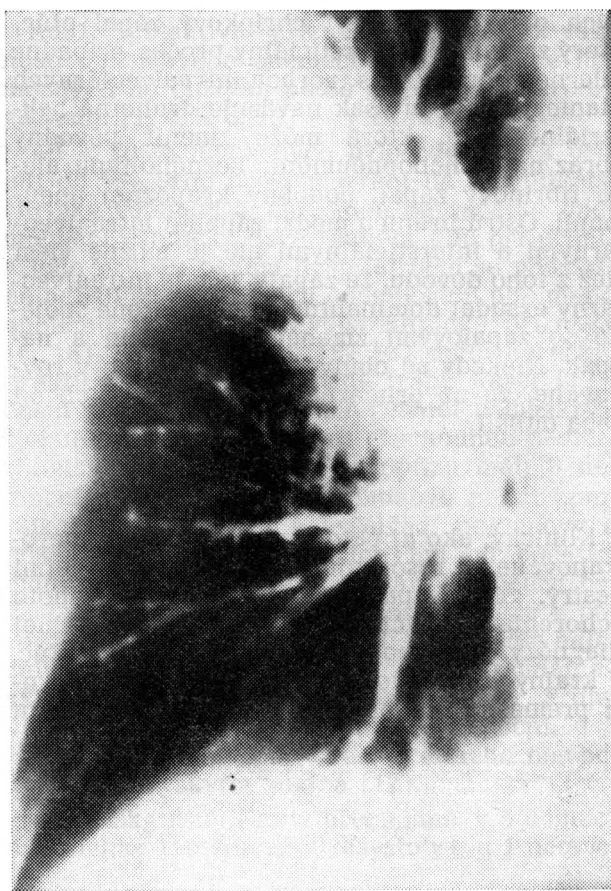
Endoskopické vyšetrenie sme robili hlavne tam, kde nebola jasná diagnóza a bolo podozrenie, že ide o maligný tumor. Bronchoskopiu sme uskutočnili u 14 pacientov, z toho u 3 chorých bol tento nálezu podozrivý z tumorózneho procesu. U 5 pacientov prevládali difúzne zápalové zmeny. U 6 pacientov sme nepreukázali patologické zmeny. Bronchoskopický obraz pomaly sa resorbujúcej pneumónie nie je teda charakteristický ani patognomonický. Výraznejší môže byť nálezu bronchografický. U 4 pacientov sme našli značné deformačné zmeny, ktoré prechádzali až k stop náplni (rtg snímok 3).

Na diferenciálne diagnostické obtiaže upozorňuje viacej autorov (1, 3, 4, 6). Z diferenciálne diagnostického hľadiska prichádzajú do úvahy takmer všetky pulmonálne afekcie, zvlášť ale karcinom a tbc pľúc. Stanoviť diagnózu je často obťažné a možné len per exklúziou alebo probatórnou torakotómiou (4, 8).

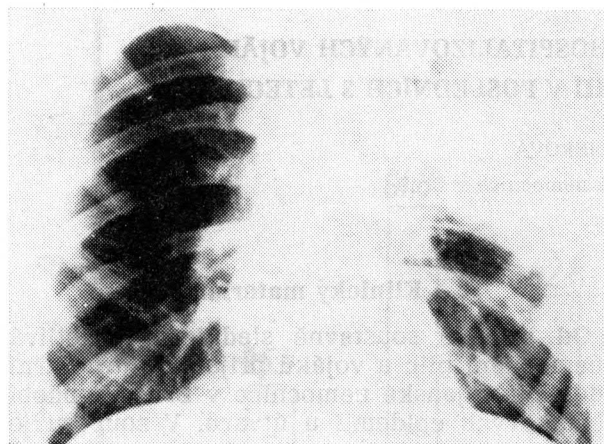
K podstatnej resorpcii pneumonickej infiltrácie došlo v našej zostave u 24 pacientov (tj.



Rtg. 1. Ostro ohraničené bronchopneumonické ložisko, uložené pod pravým hílom



Rtg. 3. Deformačné zmeny a stop náplne na bronchoch 3. segm. prav. horného laloku



Rtg. 2. Plošná pneumonická infiltrácia v ľavom hornom laloku

77 %), fibrózne rezidua pleury ostávajú u 5 pacientov. Nález ostal nezmenený, alebo progredoval u 7 pacientov. Resekcia pľúc bola indikovaná u 4 pacientov.

Diferenciálne diagnostické ťažkosti môžeme doložiť u našich 6 chorých, pôvodne hospitalizovaných ako chronická pneumónia. Až neskôr bola u nich potvrdená diagnóza maligného pľúcneho procesu, a to až po dôkladnom vyšetrení, alebo dokonca až pri torakotómii.

Ďalší naši traja chorí potvrdzujú diagnostické obtiaže v opačnom zmysle: pôvodne u nich bola vyslovená diagnóza tumoru pľúc a pod touto diagnózou im bola prevezená torakotómia a resekčný výkon. Až pri operácii, dva razy dokonca až po histologickom vyšetrení, sme preukázali, že ide o benigný, zápalový proces, ktorý patrí do skupiny interšticiálnych pneumonitíd.

Otázkou patologickej anatomie zápalov pľúc sa v poslednej dobe u nás zaoberal Bednář (1), typy: 1. povrchný intraalveolárny zápal a 2. interšticiálny zápal, postihujúci medzialveolárne septá. Práve táto druhá, morfológicky už skôr odlišná skupina (7), pre ktorú bolo stanovené označenie pneumonitis, vytvára najčastejšie atypické, proťahované sa resorbujúce pneumonické infiltráty. Tento patologickoanatomický nález sme tiež urobili u našich 3 operovaných chorých.

Je zrejmé, že delenie zápalov pľúc na tieto dva základné typy je veľmi obťažné, často klinicky až nemožné, a to z viacerých dôvodov. V prvom rade existujú obrazy neurčité a prechodné. Okrem toho oba tieto typy môžu prejsť do štádia rozpadu, alebo chronickej fibrózy, u ktorých ani morfológický, tým menej klinický a rentgenologický obraz sa už rozlíšiť nedá. Typickým príkladom diferenciálne diagnostickej

kých obtiaží môže byť chrípkový zápal pľúc, ktorý začína ako interšticiálny proces, prípadne mierne alteratívny, s tvorbou intraalveolárnych blaniiek. Často tu však naväzuje druhotná bakteriálna fáza, ktorá môže zmeniť pôvodný obraz na bronchopneumóniu bežného typu, alebo fibrinový zápal, podobný krupóznej pneumónii. Ostrú hranicu medzi zápalmi intraalveolárnymi a interšticiálnymi nie je možné viesť tiež z toho dôvodu, že zápaly, kde je intraalveolárny exsudát dominantný, sú prirodzene spojené so zápalovými zmenami interšticia a naopak. Niekedy sú obidve zložky natoľko v rovnováhe, že už primárne nie je možné ich od seba odlíšiť.

Súhrn

Klinický, ako aj patomorfologický obraz protrahovane sa resorbujúcej pneumónie je veľmi pestrý. Široká paleta rtg obrazov u tohoto ochorenia je príčinou obťažnej diferenciálnej diagnózy vôči tbc a hlavne karcinomu pľúc. V krajných prípadoch, ale hlavne tam, kde hrozí premeškanie doby, indikujeme torakotómiu

s resekciou postihnutej časti pľúcneho parenchýmu. Ideálom teda nemôže byť liečenie, ale skôr prevencia protrahovane prebiehajúcej pneumónie, spočívajúca hlavne vo vylúčení faktorov, vedúcich k chronicite procesu.

Literatúra

1. Abramov, B. F., Atovmjan, Ž. L.: Trudnosti diferenciálnej diagnostiky chroničeskoj pneumonii u central'no raka legkovo. Klin. med., 51, 1973, č. 6, s. 47—51.
2. Bednář, B.: Patologickoanatomická klasifikace zánětů plic. Vnitřní lék., 9, 1963, č. 1, s. 3—10.
3. Hut, J., Schober, K. J.: Zur Frage der Differenzialdiagnostik und chirurgischen Therapie der chronischen Pneumonie. Zblt. Chir., 97, 1972, č. 15, s. 457 až 469.
4. Kaluza, H.: Verzögert sich lösende und persistierende Pneumonie. Thoraxchirurgie Z. ERkAtm., 137, 1972, č. 1, s. 17—33.
5. Korbelář, J.: Léčení chronické infekce. Prakt. lék., 51, 1971, č. 3, s. 78—82.
6. Kurpat, D., Baudrex, A.: Die chronische Pneumonie. Zblt. Chir., 97, 1972, č. 15, s. 457—469.
7. Parker, F., Joliffe, L. S., Finland, M.: Primary atypical pneumonia. Arch. Pat., 44, 1947, č. 6, s. 581—608.
8. Reiter, H.: Chirurgische Probleme bei der chronischen Pneumonie, Thoraxchir., 3, 1956, č. 4, s. 340—351.